



les notes

N° 12 / 20 février 2012

Crise et dépenses de santé *Financement et politiques à court-moyen terme*

Gérard Cornilleau

La crise des finances publiques menace-t-elle le système de santé et le financement des soins ?¹ Cette question devrait être au cœur des débats sur la politique sanitaire alors que des évolutions structurelles majeures ont concerné l'organisation et le fonctionnement du système de santé au cours de dernières années.

Depuis la création de l'assurance maladie en 1945, la hausse des dépenses de soins dépasse régulièrement celle du Pib obligeant les gouvernements à dégager des moyens de financement supplémentaires et des économies de fonctionnement tout en évitant de mettre en cause la qualité des soins et la solvabilité des malades. La récurrence des difficultés de financement de l'assurance maladie et des politiques de redressement qui visent à les surmonter ont accrédité l'idée que la santé était maltraitée en permanence sans qu'il soit possible pour autant de combler le « trou de la Sécurité sociale ». Comme Janus, la santé présente deux visages : celui de la pauvreté résultant de la pression continue de la contrainte économique ; celui du gaspillage attesté par la hausse trop rapide de la dépense. En temps ordinaires et en l'absence de crise économique, les politiques sont confrontées à une injonction contradictoire : augmenter les dépenses pour satisfaire le besoin impérieux de soins efficaces et les réduire pour limiter au maximum le prélèvement sur les revenus. Cette situation inconfortable est rendue encore plus difficile par la crise qui ajoute aux problèmes courants ceux qui sont liés à la conjoncture et à la baisse des recettes qui en résulte.

Pourtant l'analyse quantitative de l'évolution des dépenses de santé à long terme est plutôt rassurante. Si la croissance des dépenses reste supérieure à celle des revenus, caractéristique qu'elle partage entre autre avec les dépenses de logement, elle ne présente pas de caractère « explosif ». Au contraire, la tendance de la dérive est au

1. Pour une première analyse des liens entre la crise et la santé voir Cornilleau G. et Debrand T., 2011.

ralentissement, malgré l'impact du vieillissement. La France n'apparaît pas non plus particulièrement dépensière en comparaison des pays de développement similaire (section 1).

Sur longue période la différence entre la croissance des dépenses et des recettes a été comblée par une hausse tendancielle du ratio entre les ressources de l'assurance maladie (qui est de plus en plus alimentée par des droits indirects – alcool, tabac – et des transferts) et le niveau du Pib. Toutefois la hausse de ce taux de prélèvement implicite est toujours un peu en retard sur l'augmentation des dépenses, ce qui génère un déficit « structurel » qui se creuse lentement depuis une dizaine d'années. Au cours de la crise la hausse du déficit résulte cependant autant de la conjoncture si bien que l'on peut considérer que le déficit effectif se partage approximativement en deux parts égales « structurelle » et « conjoncturelle » (section 2).

Globalement, la situation financière de l'assurance apparaît maîtrisable : le déficit de départ est relativement limité (environ 0,3 point de Pib de déficit structurel) et les perspectives de croissance des dépenses à court-moyen terme restent modérées (avec une hausse du ratio dépenses / Pib de l'ordre de 0,1 point de Pib par an). Une augmentation de la CSG et des efforts réalistes de maîtrise des dépenses (de l'ordre de 1 à 2 milliards par an relativement à la tendance spontanée) devraient suffire à assurer la pérennité financière du système. Toutefois, certaines évolutions structurelles sont plus inquiétantes. Elles concernent la démographie médicale et sa régionalisation, l'absence de maîtrise des dépassements d'honoraires des médecins libéraux et la hausse des prises en charge privées par les mutuelles, les instituts de prévoyance et les assurances, du financement des dépenses courantes, et enfin le fonctionnement et le financement des hôpitaux (section 3).

Il existe bien sûr des solutions à chacun de ces problèmes, mais elles ont en commun de heurter les habitudes et les traditions du système de santé français structuré par des compromis anciens autour du partage entre l'activité libérale et l'activité hospitalière publique et entre le financement public et mutualiste (section 4).

1. Des dépenses de santé de plus en plus sages

La France est un des pays du monde les plus dépensiers en matière de santé si l'on compare les parts des dépenses dans le Pib. Mais les écarts sont faibles entre pays comparables : l'Allemagne consacre 0,2 point de Pib en moins aux dépenses de santé, comme la Suisse (0,4 point) et le Danemark (0,3 point) ; les États-Unis y consacrent 5,6 points de plus.

Les comparaisons des niveaux de dépenses par habitant (mesurées à taux de change assurant la parité des pouvoir d'achat) font apparaître des écarts plus resserrés : en 2009, les Français consommaient 3 978 dollars, les Allemands 4 218 et les Américains 7 960. Le niveau français de dépenses est dans la moyenne. Il est dépassé par les niveaux allemand, autrichien, danois, néerlandais, norvégien, suisse et bien sûr américain. Parmi les pays comparables la Grande Bretagne, la Finlande, l'Italie et le Japon apparaissent particulièrement sobres (tableau 1).

Tableau 1. Dépenses totales de santé annuelles rapportées au PIB et, par habitant, en dollars américains en Parité de pouvoir d'achat (PPA)

	Dépenses totales / Pib en 2009 (en %)	Dépenses par habitant en \$ en PPA (2009)	Dépenses par habitant en \$ en PPA (France = 100 en 2009)
Autriche	11,0	4289	107,8
Belgique	10,9	3946	99,2
Danemark	11,5	4348	109,3
Finlande	9,2	3226	81,1
France	11,8	3978	100,0
Allemagne	11,6	4218	106,0
Italie	9,5	3137	78,9
Japon	8,5*	2877*	75,5*
Pays-Bas	12,0	4914	123,5
Norvège	9,6	5352	134,5
Portugal	10,1*	2508*	65,8*
Espagne	9,5	3067	77,1
Suède	10,0	3722	93,6
Suisse	11,4	5144	129,3
Royaume-Uni	9,8	3487	87,7
États-Unis	17,4	7960	200,1

* 2008.

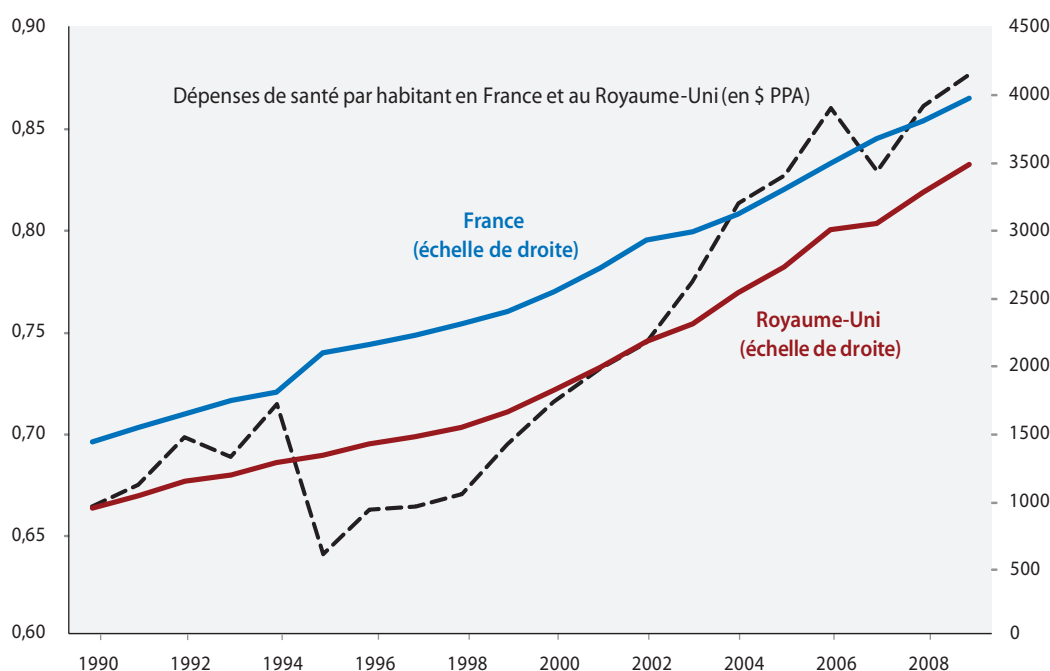
Source : [OCDE, dépenses totales de santé](#).

Si l'on compare l'évolution des dépenses entre la France et le Royaume-Uni, qui a longtemps servi de pays de référence en matière de sobriété de la dépense de santé, on observe un rattrapage net de la dépense britannique (graphique 1) qui résulte d'une action volontaire engagée par les gouvernements de Tony Blair pour restaurer la qualité d'un système de soins peu coûteux mais qui faisait l'objet de critiques répétées concernant en particulier la longueur des files d'attente pour l'accès aux soins spécialisés.

Le système de soins français bénéficie d'autre part d'une assez bonne réputation internationale et est considéré comme relativement satisfaisant par les citoyens, du moins pour ce qui concerne la qualité et la disponibilité des soins. En 2000 l'OMS avait classé la France en tête de son classement mondial des systèmes de soins. Il en a été de même en 2006 pour le classement des systèmes de santé en Europe réalisé par l'institut privé suédois [Health Consumer Power House](#). Depuis le système de santé français a reculé au 7^e rang du même classement entre autre du fait du retard de l'informatisation des dossiers médicaux, mais il reste considéré comme sûr et médicalement performant. Quant aux Français, et si l'on s'en tient aux estimations de leur opinion mesurée par les sondages, ils seraient 89 % à considérer que « le système de santé français offre des soins de qualité » et 75 % que « le système de santé français permet à chacun d'accéder facilement à un médecin ou à un hôpital à proximité de chez soi ». L'inquiétude des Français concerne principalement la question du financement, 91 % considérant que « le financement du système de santé français tel qu'il existe aujourd'hui est menacé »².

2. [Enquête IPSOS](#) pour la Fédération de l'hospitalisation privée auprès de 996 personnes représentatives de la population de plus de 15 ans, interrogées par Internet du 11 au 15 avril 2011.

Graphique 1. Dépenses de santé par habitant en France et au Royaume-Uni (en 2009 ; en dollars en PPA)



Source : OCDE (op. cit.)

Il est toujours difficile de juger de l'adéquation du niveau des dépenses de santé car il n'existe pas de test indiscutable de l'efficacité du système de soins. Les analyses précédentes montrent seulement que le niveau français est comparable à ce que l'on observe ailleurs pour un service rendu du même ordre de qualité que celui des pays de bonne réputation en matière de soins. Le niveau actuel des dépenses semble donc a priori justifié. Son évolution pourrait toutefois poser problème si elle présentait un risque d'emballement inexpliqué et non maîtrisable. L'analyse des données des trente dernières années est à cet égard plutôt rassurante.

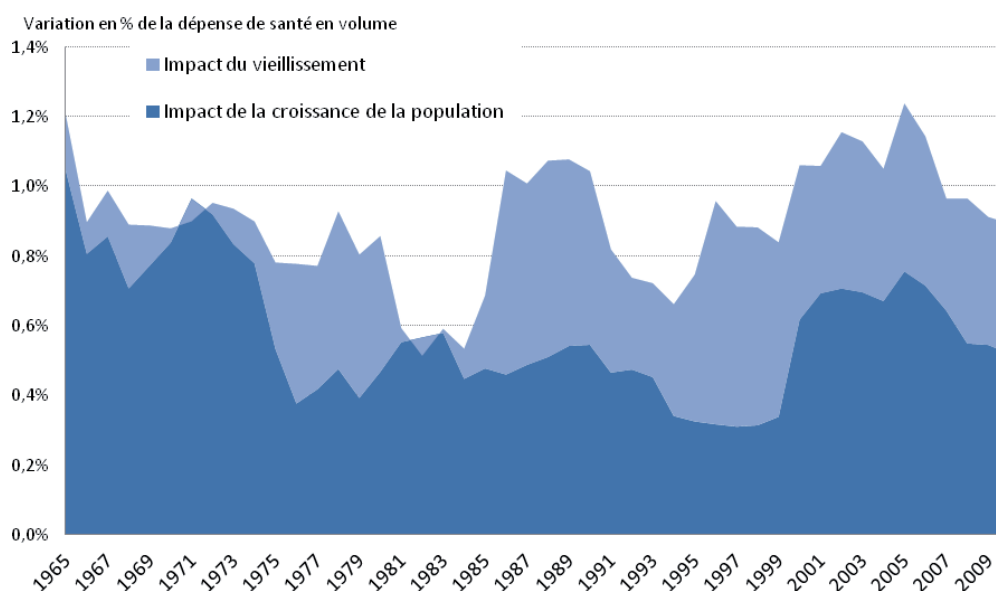
Les modèles explicatifs de l'évolution de la dépense de santé mettent généralement en avant trois ou quatre facteurs principaux : la démographie – et le vieillissement de la population –, la richesse économique, le progrès des techniques médicales, l'organisation du système de soins.

La démographie a un double effet sur les dépenses de santé. Le premier est l'effet mécanique de la taille de la population sur la dépense : il est assez naturel de penser que, toutes choses égales par ailleurs, une variation de la population totale entraîne une variation proportionnelle de la dépense de santé. Cet effet peut être négligé à long terme car les ressources économiques finissent par augmenter comme la population, si bien que la hausse de celle-ci doit être neutre du point de vue du financement, dépenses et recettes augmentant parallèlement. Dans la courte période il est toutefois utile de garder à l'esprit le lien entre dépense et population, ne serait-ce que parce qu'en général on raisonne à partir de la variation de la dépense totale et non à partir de la croissance de la dépense par habitant.

Le second effet de la démographie sur le niveau des dépenses est lié à la déformation de la structure par âge de la population : toutes choses égales par ailleurs, une

population plus âgée dépense plus qu'une population jeune. La question de l'ampleur de l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé est débattue, car la dépense augmente surtout pendant la fin de vie : que la dernière année de vie intervienne à 65 ans ou à 85 n'aurait qu'un impact limité (Dormont B. *et al*, 2010). Toutefois l'allongement de la durée de la vie résulte aussi de l'augmentation des dépenses de santé particulièrement après 50 ans. L'incertitude est donc importante quant à l'effet du vieillissement. Par prudence nous retenons l'hypothèse basique du maintien au niveau actuel de la répartition des dépenses par âge. Avec cette hypothèse il est possible d'estimer l'impact total des évolutions démographiques : celles-ci expliqueraient une hausse de l'ordre de 1 % par an de la dépense de santé totale (graphique 2). Dans les années soixante c'est la croissance de la population qui expliquait l'essentiel de cette hausse ; aujourd'hui le vieillissement en expliquerait la moitié.

Graphique 2. Estimation de l'impact de démographie sur les dépenses de santé, à dépenses relatives par âge constantes



Source : Comptes de la santé, Insee, Calculs de l'auteur.

Le second facteur de hausse des dépenses généralement retenu dans la littérature macroéconomique sur les dépenses de santé (Albouy, *et al.*, 2009) est l'augmentation du revenu national. Du point de vue causal cette variable peut agir au travers de deux canaux : la hausse des revenus peut entraîner classiquement une augmentation de la demande de soins. La santé étant un bien supérieur on s'attend à ce que son élasticité demande au revenu soit élevée. Toutefois, au niveau microéconomique la dépendance au revenu n'apparaît pas nettement : en moyenne, en 2009, la dépense totale de santé par personne appartenant à des ménages du 1^{er} décile de revenus était de 2 458 euros par an, de 1 778 pour ceux du 5^e décile et 1 925 euros pour ceux du 10^e décile (Legal *et al.*, 2009). S'agissant des seules dépenses de ville, l'absence de lien avec le revenu est encore plus nette (1 099 euros par an au niveau du 1^{er} décile, 1 000 au 5^e décile et 1097 euros au 10^e décile). Corrigée de l'état de santé, la dépense par personne fait apparaître une certaine progressivité, les plus pauvres étant souvent en moins bon état de santé que les plus riches. Mais celle-ci reste limitée : 936 euros par an au niveau du

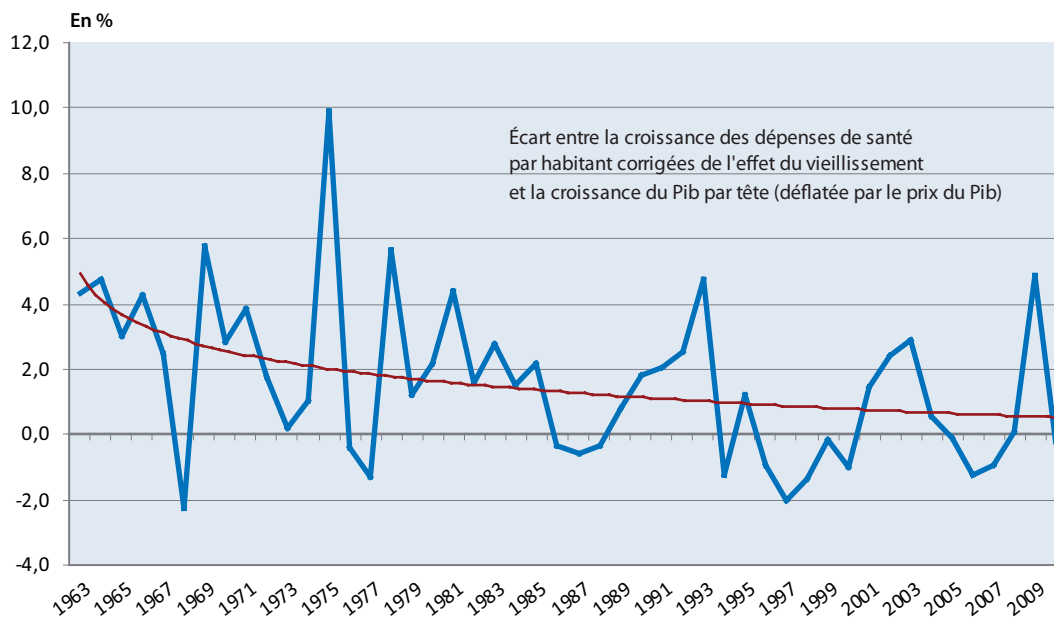
1^{er} décile, 1 026 pour le 5^e décile et 1276 pour le 10^e, soit un écart de dépenses de 36 % pour un écart de revenus de l'ordre de 800 % (Pichetti *et al.*, 2009). La socialisation du financement de la dépense explique cette relative indépendance de la dépense au revenu, au niveau microéconomique. Au niveau macroéconomique on trouve en revanche un lien fort entre le niveau du Pib par tête et celui des dépenses de santé. C'est la hausse du revenu national qui augmente les ressources fiscales qui permettent le financement de l'augmentation de la dépense et des possibilités de prise en charge (confort des hôpitaux, imagerie, remboursement de soins plus coûteux, etc.). Dans ce cas la causalité va, d'une certaine manière, de l'offre de soins à la dépense. Mais le problème d'indétermination de la causalité est très secondaire : compte tenu de la socialisation de la dépense par l'existence d'un assureur public, la hausse de la demande privée implique nécessairement une augmentation de l'offre financée sur ressources publiques. Les deux augmentent parallèlement, ce que rend possible la hausse du revenu national dans un contexte marqué par un fort consentement à payer de la population pour des soins de qualité financés collectivement. Empiriquement, les estimations de l'élasticité de la dépense de soins au revenu national est voisine de l'unité (Bac et Cornilleau, 2002).

Outre à cette variable réelle de revenu, la hausse des dépenses de santé est sensible à l'évolution des prix relatifs de la santé. L'estimation courante de l'élasticité de la dépense aux prix relatif est de l'ordre de -1. Mais la mesure des prix relatifs est très incertaine du fait de la difficulté de prise en compte de l'évolution de la qualité des soins et de l'absence de mesure directe des prix dans le secteur hospitalier. Il résulte de cette incertitude statistique que la variation observée des prix relatifs (en hausse aux Etats-Unis et en baisse en France par exemple) peut n'être qu'un artefact (Cornilleau, 2009). Mais comme l'élasticité mesurée de la dépense au prix relatif est voisine de -1, cette incertitude n'a pas de conséquence sur l'estimation de l'évolution tendancielle du ratio entre dépenses de santé et Pib³. Dans l'analyse de l'évolution à long terme des dépenses il est donc possible de négliger l'impact des prix relatifs en raisonnant à partir d'une estimation de la dépense réelle obtenue en divisant la dépense en valeur par le prix du Pib. C'est ce que nous avons fait ici.

Les autres facteurs qui influencent la dépense de santé sont des facteurs structurels relatifs à l'organisation générale et à la régulation du système de soins ainsi qu'au progrès technique. Il est possible de résumer quantitativement l'impact de ces facteurs en calculant le résidu de dépenses non expliqué par la démographie et par le niveau du Pib par tête avec une élasticité unitaire de la dépense à cette dernière variable. Ce résidu est positif, ce qui reflète entre autre l'effet du progrès des techniques médicales qui permet de meilleurs soins au prix d'une dépense plus élevée. L'observation de ce résidu (graphique 3) montre que sa tendance est très nettement orientée à la baisse et qu'il est aujourd'hui voisin de zéro alors qu'il était proche de 4 % dans les années soixante et de 2 % dans les années soixante-dix.

3. Le fait que l'élasticité soit unitaire renforce l'idée que la variation mesurée du prix relatif est artificielle : si l'on se trompe sur la mesure du prix relatif on se trompe aussi sur celle du niveau de prix des soins et sur l'estimation du « volume ». « L'erreur » sur l'estimation des prix est compensée par une erreur de sens contraire sur les volumes. L'économétrie montre qu'en variante il existe un « rappel » tel que l'effet de la variation des prix relatifs est annulée : si le prix relatif varie de 1 % le volume varie en sens inverse de 1 %. Toutes choses égales par ailleurs, la variation du prix relatif n'a donc aucun effet sur la valeur courante de la dépense et sur le ratio dépenses/Pib qui importe seul pour l'analyse des questions de financement.

Graphique 3. Résidu "inexpliqué" de la croissance des dépenses de santé



Sources : Comptes de la santé, Insee, calculs de l'auteur.

La croissance des dépenses de santé n'est donc pas « explosive ». Au contraire elle tend à ralentir progressivement ; le principal facteur d'écart relativement au PIB étant aujourd'hui la démographie, surtout du fait du vieillissement de la population. À long terme, la part des dépenses dans le PIB devrait donc toujours augmenter, mais la hausse prévisible n'est plus que de 0,05 à 0,15 point de PIB par an d'ici 2050 selon les organismes qui réalisent des prévisions dans ce domaine (DREES⁴, Direction générale du trésor, OFCE, OCDE, Commission européenne) (Elbaum, 2011).

2. Un déficit structurel réel mais limité

Avec la crise économique le déficit de l'assurance maladie s'est creusé mécaniquement, sans rapport direct ni avec l'évolution des besoins de soins ni avec celle de l'efficacité du système. La chute des recettes de cotisations, de CSG et d'impôts affectés est évidemment la cause du creusement du déficit. En 2009, le déficit des branches maladie et accidents du travail du régime général est ainsi passé de 4,2 milliards d'euros à 11,3. Il a encore augmenté de 1 milliard en 2010 avant de revenir à 9,9 milliards en 2011⁵. Au cours de la même période les dépenses ont augmenté lentement et en 2010 et 2011, l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) a été parfaitement respecté, ce qui n'était pas arrivé depuis 1997⁶. Selon les Comptes de la Sécurité sociale, en moyenne en 2010 et 2011, la croissance des dépenses du champ de l'ONDAM serait de 2,8 % par an contre 3,5 % par an au cours des quatre années précédentes.

4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Affaires sociales.

5. Selon la prévision du rapport sur les comptes de la Sécurité sociale de septembre 2011.

6. L'ONDAM, voté par le parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) fixe, domaine par domaine, les enveloppes de dépenses à ne pas dépasser (il y a donc plusieurs ONDAM : médicaments, soins de médecins de ville, dépenses d'hôpital, etc.). Les objectifs fixés sont rarement respectés. Les deux dernières années sont donc particulièrement remarquables de ce point de vue.

On ne peut pas pour autant imputer à la crise la totalité du déficit. En effet la dérive du ratio dépense/Pib implique une hausse régulière du financement et/ou une réduction de la dépense remboursée. Or celles-ci n'interviennent qu'avec retard et ne sont pas toujours suffisantes pour combler la totalité du besoin de financement. En dehors du financement des investissements hospitaliers, le recours à l'emprunt n'est d'autre part pas justifié dans le cas des dépenses de soins qui constituent une dépense récurrente dont il est difficile de justifier le report de financement. On peut certes considérer que ces dépenses sont essentielles et que leur réduction entraînerait une chute de l'activité économique, mais il est impossible dans un pays comme la France de les assimiler à un investissement productif : au mieux la dépense contribue à stabiliser la capacité de production de la nation, elle ne cause certainement pas son augmentation qui justifierait un financement par le crédit⁷. Le principe de l'équilibre à long terme du budget de l'assurance maladie apparaît donc justifié.

Toutefois, l'assurance maladie fait aussi partie des stabilisateurs automatiques de l'économie : à court terme les dépenses sont indépendantes de l'activité et les recettes varient avec le cycle économique. Dès lors l'ajustement retardé des dépenses au cycle contribue à limiter l'ampleur des récessions et le déficit associé à ce retard en est la contrepartie. C'est évidemment ce qui s'est produit dans la crise récente : en 2009 la croissance des dépenses est restée limitée et le déficit s'est creusé quasiment sous le seul effet de la chute des recettes liée à la baisse de l'activité économique et de l'emploi. Le déficit conjoncturel ne doit pas être comblé par une action volontaire sur les dépenses ou sur les recettes, il se réduit spontanément sous l'effet du retour de la croissance.

La gestion financière globale de l'assurance maladie implique donc, comme pour les autres secteurs de la dépense publique, que l'on évalue les parts respectives structurelle et conjoncturelle du déficit. Nous avons réalisé cet exercice en évaluant les tendances structurelles des dépenses et des recettes qui déterminent la part structurelle du déficit, l'écart avec le déficit effectif permettant d'estimer la contribution de la conjoncture au solde financier (graphique 4). Le résultat de ce calcul montre que le déficit structurel de l'assurance maladie est voisin de 0,3 points de Pib en 2009. Il aurait augmenté régulièrement mais très lentement depuis les années 1980 en passant de 0,1 point de Pib à 0,2 dans les années 1990. Cette évolution traduit bien l'inertie de la réaction des pouvoirs publics et la lenteur des ajustements financiers rendus nécessaires par la hausse plus rapide que celle du Pib des dépenses de santé. Mais elle montre aussi que sur longue période cet ajustement même incomplet est important. Ainsi le taux de prélèvement apparent ($\text{Recettes totale de la Cnamts} + A_t / \text{Pib}$) a augmenté régulièrement au cours des trente dernières années (graphique 5). Au total la hausse du taux de prélèvement atteint 1,3 point de 1980 à 2010. Il est donc inexact de dire que le déficit et la dette ont été le moyen principal de financement de la hausse des dépenses de santé. Il manque toutefois clairement 0,3 point de PIB, soit environ 0,5 point de CSG pour combler le déficit structurel résiduel. Compte tenu des besoins de financement structurels à venir, une hausse des prélèvements de l'ordre de 0,8 point de Pib serait nécessaire pour apurer complètement les comptes de l'assurance maladie au cours des 5 ans à venir. Il serait par contre mal venu de combler immédiatement la totalité du déficit de 0,6 point de Pib qui résulte pour la moitié du niveau anormalement faible du Pib.

7. Il en va différemment dans les pays très faiblement développés où l'espérance de vie est très limitée. Dans ce cas la hausse des dépenses de soins peut causer celle de la production (en permettant simplement par exemple que les enfants deviennent des actifs à durée de vie suffisante pour justifier les dépenses d'éducation) et il est possible de la financer à crédit.

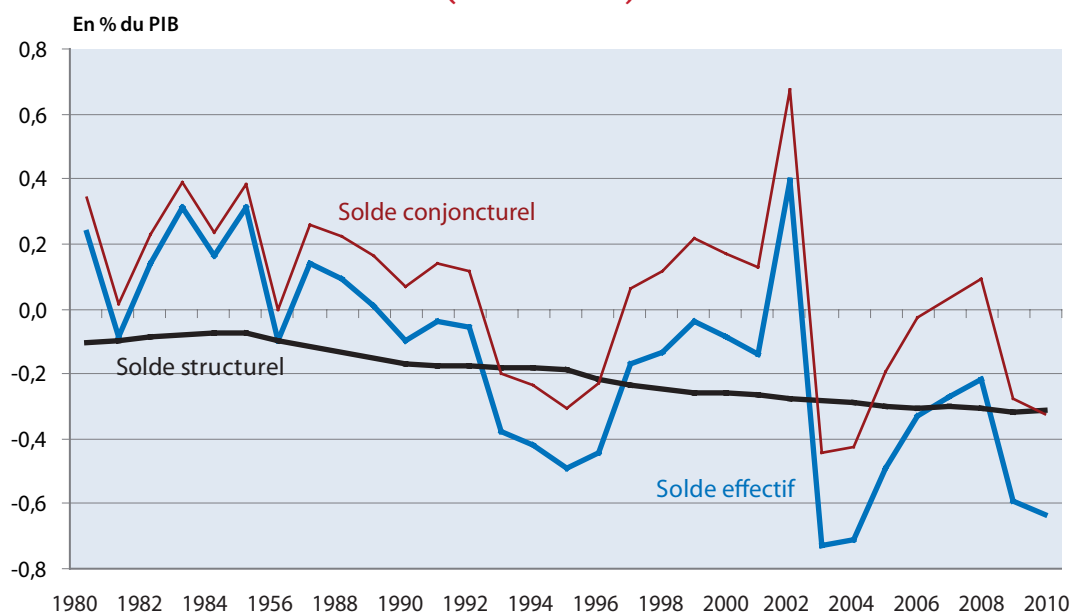
Ces calculs reposent sur l'hypothèse de la possibilité d'un retour de la croissance du PIB au voisinage de sa trajectoire antérieure à la crise de 2008-2009, et de la fermeture de l'écart de production (*i.e.* la différence entre le niveau du PIB « potentiel » et observé) créé par la récession de 2009. En 2010, cet écart peut être estimé à environ 7 %. La crise ayant des causes essentiellement financières, il est logique de retenir l'hypothèse du maintien à son niveau antérieur à la crise, du potentiel de production économique (Catherine Mathieu et Henri Sterdyniak, 2011). Toutefois, les choix de politique économiques peuvent conduire à une dépression durable qui obérerait le retour de l'activité à son niveau normal et le taux de croissance à moyen terme de l'économie (Département analyse et prévision de l'Ofce, 2011) Dans ce cas le déficit de l'assurance maladie pourrait augmenter et la question des économies de dépenses se poser avec plus d'acuité. Deux options seraient ouvertes : soit accepter une nouvelle hausse du déficit, la solution de la question du financement ne pouvant résulter que d'un changement radical des politiques européennes ; soit renoncer à la reprise de la croissance et ajuster en conséquence les paramètres financiers de l'assurance maladie. Trois variables sont disponibles pour ajuster les comptes : la réduction tendancielle des dépenses ; la hausse des prélèvements ; la baisse des remboursements. Dans ce scénario noir de renoncement à la croissance, Il est vraisemblable que les pouvoirs publics cherchent à agir sur ces trois variables. La réduction tendancielle des dépenses est difficile à envisager alors que les besoins liés à la croissance démographique et au vieillissement continueront à croître et que la tendance spontanée est déjà modérée. La hausse des prélèvements est envisageable, mais elle entrerait en concurrence avec les hausses de fiscalité destinées à financer les autres dépenses publiques. Quant à la baisse des taux de remboursement elle peut difficilement s'appliquer de manière uniforme alors que la prise en charge des dépenses courantes de médecine de ville est déjà très faible. La seule voie qui n'a pas encore été empruntée est celle du remboursement sous conditions de ressources qui implique une forte hausse de la participation financière des ménages les plus aisés. Cette mesure permettrait sans doute de limiter les déficits mais fragiliserait le système qui pour les plus riches deviendrait de plus en plus coûteux, ce qui les pousserait à soutenir le passage à un système d'assurance privé excluant toute redistribution entre riches et pauvres.

Dans le scénario noir de recul durable de l'activité économique, la question de l'assurance maladie serait loin d'être une préoccupation première : le financement des retraites, mais aussi de toutes les dépenses publiques (éducation, défense, sécurité, justice, ...) serait également fragilisé. Le financement des dépenses privées serait tout autant compromis et les arbitrages qu'il conviendrait de réaliser entre consommations collectives et privées, revenus directs et transferts, constitueraient sans doute un casse-tête. La répartition de la pénurie est une solution de dernier recours. Il est très difficile d'imaginer dans cette hypothèse le sort particulier qui serait fait aux dépenses de santé.

3. Des évolutions structurelles préoccupantes

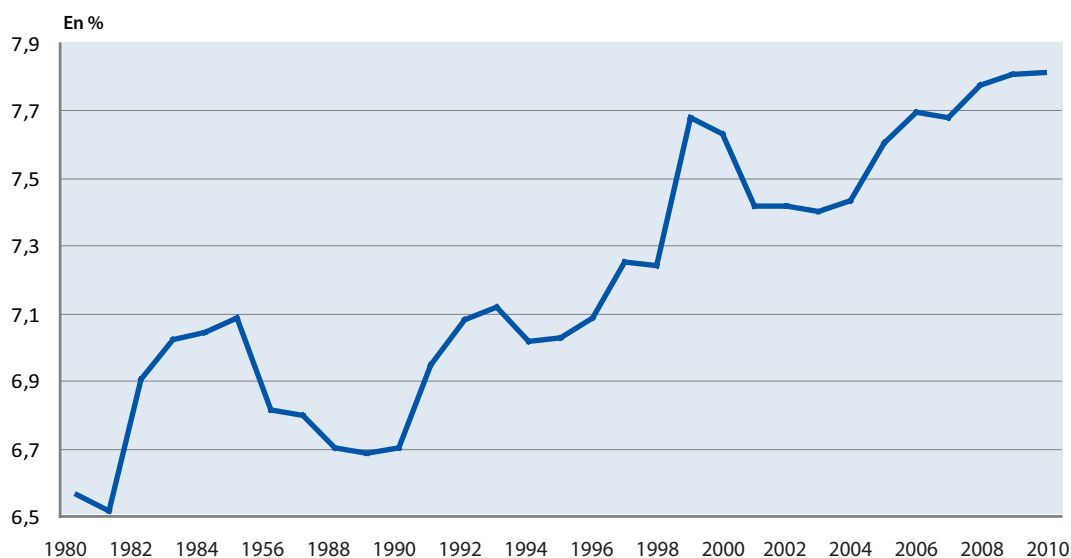
Mais, si, comme on doit l'espérer, la croissance économique rejoint un chemin satisfaisant, le financement de l'assurance maladie ne serait pas le principal sujet d'inquiétude. Par contre des évolutions structurelles importantes sont en cours qui peuvent s'avérer préoccupantes du point de vue de la préservation de la « qualité » du système.

Graphique 4. Soldes effectif, conjoncturel et structurel de l'assurance maladie (Cnamts + At)



Sources : Comptes de la Sécurité sociale, calculs de l'auteur.

Graphique 5. Taux de prélèvement apparent (Recettes CNAMts + AT / PIB)

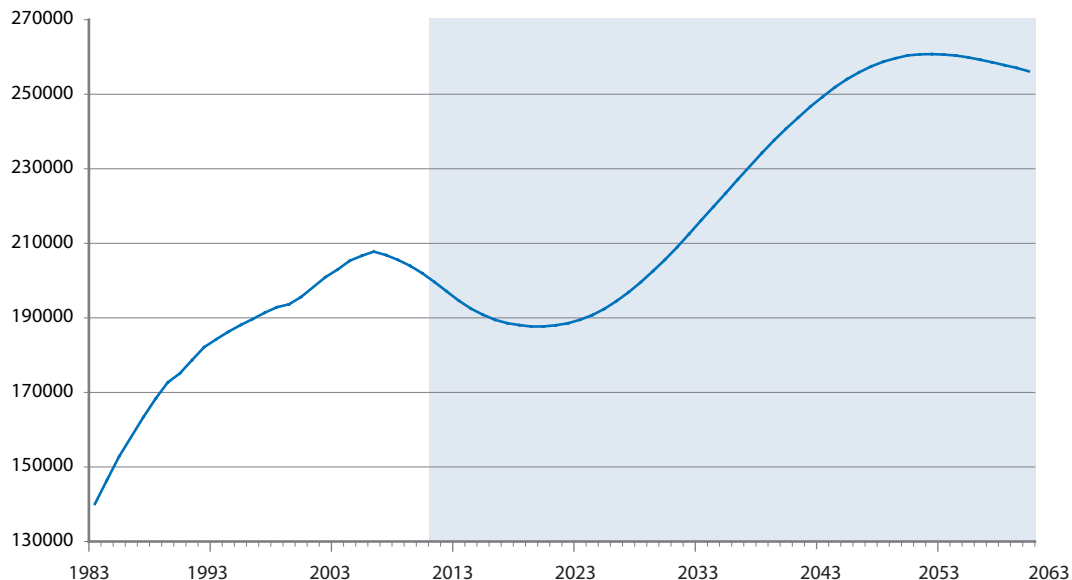


Sources : Comptes de la Sécurité sociale, calculs de l'auteur.

La première question concerne l'accès aux soins. Celui-ci dépend évidemment de la disponibilité des médecins et en premier lieu de leur nombre dépendant lui-même du *numerus clausus* appliqué à la formation des médecins. Il a été introduit en 1971 pour éviter l'explosion du nombre de médecins, avec un nombre de places fixé à 8 500 qui a été très fortement réduit à partir de 1979, à la fois pour éviter une trop forte concurrence (objectif de la profession) et pour peser sur les dépenses de santé (objectif de la Direction de la Sécurité sociale). Il a atteint un minimum de 3 500 en 1993 avant de remonter progressivement pour atteindre 7 400 en 2009 et se stabiliser depuis. Il va résulter de cette politique une baisse du nombre des médecins au cours des années à

venir. C'est ce que montrent les projections démographiques réalisées par la DREES qui prévoient un minimum de 188 000 médecins en exercice vers 2018, soit une réduction d'environ 20 000 par rapport au maximum atteint vers 2005/2006 (graphique 6). Toutefois ce nombre minimal serait identique à celui de 1995.

Graphique 6. Nombre de médecins en activité



Source : Attal-Toubert, K et M. Vanderschelden, 2009.

La pénurie annoncée sera donc toute relative. Il faut toutefois tenir compte de la répartition très inégale des médecins sur le territoire qui peut faire craindre l'apparition de déserts médicaux. Dans ce domaine il est également utile de relativiser les difficultés présentes et à venir. En 2007 moins de 1 % de la population française métropolitaine vivait à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste (Coldefy *et al.*, 2011). La distance moyenne à un spécialiste était comprise approximativement entre 5 et 8 km pour la plupart des spécialités. Les plus éloignés en moyenne étant les urologues avec une distance moyenne de 12,5 km, en forte baisse toutefois par rapport à 1990 quand elle était de 25 km. À proprement parlé il est donc difficile de parler de « déserts médicaux ». Mais il faut tenir compte aussi de la dispersion de la densité médicale qui fait que certaines zones tout en étant « desservies » peuvent connaître des tensions fortes entre l'offre et la demande de soins. Ainsi la densité de médecins généralistes varie de 106 pour 100 000 habitants dans l'Eure à 286 à Paris (Sicard D., 2011). Pour les spécialistes l'écart est encore plus grand puisqu'il va de 67 pour 100 000, toujours dans l'Eure mais aussi en Haute-Loire, à 271 dans le Rhône et 560 à Paris. Dans ce contexte, la perspective d'une diminution du nombre de médecins nourri naturellement des inquiétudes à propos de l'accès aux soins qui pourrait s'avérer de moins en moins facile au cours des années à venir.

La seconde préoccupation concerne l'évolution de la prise en charge des dépenses par l'assurance publique. Si au total la dépense de santé reste bien remboursée par l'Assurance maladie avec un taux de couverture de 75,8 % par la Sécurité sociale (tableau 2) celui-ci est en baisse régulière et cache surtout une évolution structurelle inquiétante : le maintien du taux statistique élevé résulte en effet de l'élargissement de la part des dépenses remboursées à 100 % au titre des affections de longue durée (ALD).

Tableau 2. Évolution de la structure du financement des grands postes de la dépense de soins

En % de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CSBM						
Sécurité sociale	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
État, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
Ménages	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
Soins hospitaliers						
Sécurité sociale	92,1	91,5	91,4	91,3	91,2	90,9
État, CMU-C org. de base	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
Organismes complémentaires	4,0	4,3	4,6	4,7	4,7	4,9
Ménages	2,9	3,1	3,1	3,0	3,1	3,2
Soins ambulatoires						
Sécurité sociale	63,6	63,1	63,6	63,0	63,0	63,2
État, CMU-C org. de base	1,6	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
Organismes complémentaires	21,8	21,6	21,4	22,1	22,2	22,3
Ménages	13,0	13,3	13,1	13,1	13,0	12,7
Médicaments						
Sécurité sociale	68,0	67,2	67,5	65,4	65,7	66,2
État, CMU-C org. de base	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2
Organismes complémentaires	17,6	16,7	16,5	16,2	16,3	16,3
Ménages	13,0	14,6	14,6	17,2	16,7	16,3

Sources : DREES, Comptes de la santé 2010.

Pour les soins courants, la contribution des patients a augmenté nettement en matière de médicaments, passant de 13 à 16 % entre 2005 et 2010. Le financement de ces dépenses repose en outre de plus en plus sur les organismes complémentaires. Deux phénomènes sont à l'origine de cette évolution : la volonté de maîtriser la dépense remboursée qui a amené à la mise en place de forfaits non remboursables ; la montée des dépassements d'honoraires des médecins qui représentent une part très importante du « reste à charge » des patients (Aballea *et al.*, 2007 ; Bellamy et Samson, 2011)⁸.

Le recul de l'assurance publique pour la prise en charge des soins courants, et sa faiblesse structurelle en matière de prothèses dentaires et d'optique, expliquent que plus de 15 % de la population adulte renonce à se faire soigner pour des raisons financières (Després *et al.*, octobre 2011 et novembre 2011). Ce renoncement concerne essentiellement les soins dentaires et l'optique, mais aussi les consultations de médecins pour 3,4 % des adultes en 2008. Pour les moins favorisés l'introduction de la

8. Les dépassements d'honoraires ont été autorisés de manière systématique pour les médecins optant pour le secteur 2, par la convention de 1980 entre les médecins et la Sécurité sociale. Les médecins du secteur 2 peuvent pratiquer des honoraires libres remboursés aux malades sur la base du tarif conventionnel. Les cotisations sociales de ces médecins ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale alors qu'elles le sont pour ceux du secteur 1. Depuis 1990 seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent opter pour le secteur 2 uniquement lors de leur installation.

CMU-C⁹ avait permis une amélioration très significative avec une réduction du taux de renoncement aux soins de 28 % en 1998 à 17,2 en 2002. Mais la hausse a repris et ce taux est remonté à 24,3 % en 2008 (Després *et al.*, Novembre 2011). Pour une part importante de la population la question de l'accès aux soins n'est donc pas seulement un problème de disponibilité des médecins mais aussi très largement un problème de solvabilité malgré la Sécurité sociale et la CMU.

L'hôpital est enfin le dernier sujet qui alimente les craintes de dégradation de la disponibilité et de la qualité des soins. Une très importante réforme du financement des hôpitaux est en effet en cours de mise en œuvre qui change profondément leurs modalités de fonctionnement. Celle-ci vise à améliorer la répartition des moyens budgétaires entre les hôpitaux en établissant un lien avec leur activité réelle. Elle vise aussi à améliorer l'efficacité de soins en établissant un mécanisme de concurrence virtuelle (Mougeot, 2000). Théoriquement, les hôpitaux sont rémunérés en fonction de leur activité sur la base d'un tarif de remboursement établi par pathologie (T2A, pour Tarification A l'Activité). Le tarif permettant de couvrir la moyenne des coûts observés, les hôpitaux « efficaces » peuvent générer des « profits » ; les « inefficaces » enregistrent des pertes qu'ils doivent effacer par la modernisation de leur fonctionnement. À terme, et moyennant un contrôle strict de la qualité des soins, cette méthode de financement assure que la dépense est à la fois adéquate aux besoins en niveau et convenablement répartie entre les hôpitaux. Toutefois ces propriétés sont très théoriques et la mise en œuvre pratique de ce système, outre qu'il change assez profondément le mode fonctionnement des hôpitaux et les rapports entre gestionnaires et médecins, pose de nombreux problèmes. Tout d'abord les tarifs ne sont pas établis strictement sur la base des coûts moyens. La nomenclature des « activités » mélange la pathologie traitée et la gravité du cas. D'autre part la tarification s'applique à des séjours et pas à des malades. En conséquence le système peut rapidement dériver vers un système de paiement à l'acte générateur de coûts supplémentaires sans gains de qualité avec en outre un risque d'accentuation des difficultés d'accès aux soins pour les populations prises en charge qui présentent les risques les plus lourds et les plus coûteux. (Zeynep Or et Thomas Renaud, 2009 et, pour une évaluation concernant les États-Unis, Eric Delattre *et al.*, 2002). Il est encore difficile de tirer des conclusions définitives à propos de l'introduction de la T2A dans les hôpitaux qui ne s'est faite que très progressivement depuis 2005. On peut cependant observer une certaine inflexion de l'activité des hôpitaux publics qui ont augmenté leur part de marché sur les courts séjours au détriment des hôpitaux privés à but lucratif (Franck Evain, 2011). La réforme semble par contre avoir eu peu d'effets sur l'offre de soins hospitaliers et on peut observer que jusqu'à présent elle n'a pas conduit à une réduction importante des moyens effectifs des hôpitaux. En particulier le nombre des emplois médicaux (médecins, pharmaciens, internes,...) a continué à croître régulièrement. Entre 2001 et 2009 il a augmenté d'environ 12 000, en équivalents temps plein, soit + 20 %. Il en va de même pour les infirmier(e)s dont le nombre en équivalents temps pleins a cru, sur la même période, d'environ 35 000 soit + 18 %. Pour une part cette hausse des effectifs compense les effets du passage aux 35 heures. Mais même en tenant compte de cet effet, les créations d'emplois correspondent bien à une augmentation de la capacité de prise en charge¹⁰. Les investissements hospitaliers ont d'autre part nettement

9. Couverture maladie universelle complémentaire.

augmenté, le ratio investissements / chiffre d'affaire étant passé de 7 % environ à plus de 11 % entre 2002 et 2009 (DREES, 2011). Il existe donc un écart important entre la perception d'une certaine pénurie hospitalière et la croissance régulière des moyens affectés à l'hôpital.

4. Des réformes difficiles

Le bilan de l'état des lieux du système de soins et de son financement n'est pas, au total et si l'on s'en tient aux grandes lignes, particulièrement inquiétant : la croissance globale des dépenses est maîtrisée ; le déficit structurel de l'assurance maladie est limité ; la pénurie de médecins est relative et réversible ; l'hôpital subit le choc du changement de son mode de gestion mais l'effort de modernisation se poursuit et les effectifs soignants ne régressent pas. Toutefois un certain nombre d'évolutions sont préoccupantes et justifient des réformes si l'on veut éviter que la situation relativement favorable dans laquelle nous sommes aujourd'hui ne dégénère.

La première concerne, comme on l'a vu, l'accès aux soins. La baisse à venir du nombre de médecins, même si elle reste limitée et provisoire, peut faire courir le risque d'apparition de déserts médicaux. La question principale est bien sur celle de la répartition de l'offre de soins de proximité qui risque de pénaliser très fortement les zones rurales. Des incitations existent pour essayer de diriger les professionnels de santé vers les zones à faible densité médicale. Mais elles sont très insuffisantes et la question d'une intervention plus directe se pose¹¹. Il paraît difficile d'éviter une remise en cause de la liberté complète d'installation des médecins. Certains, dont le Parti socialiste, proposent une obligation de première installation en zone prioritaire pour les nouveaux médecins. Mais c'est faire peser sur les plus jeunes médecins une contrainte supplémentaire alors qu'une des difficultés de la régulation médicale résulte déjà de leur très faible rémunération au cours de leurs très longues études (Dormont et Samson, 2011). Faudra-t-il alors accepter que leur rémunération augmente plus ? Dans quelle proportion ? En autorisant un nouveau développement des dépassements d'honoraires ? La nécessité d'une négociation globale avec la profession apparaît très clairement : la faiblesse passée du *numerus clausus* va entraîner pour un temps un certain rationnement de l'offre de médecins ; ceci renforce le pouvoir de marché de la profession alors qu'une remise en cause des compromis anciens s'impose. Idéalement il serait sans doute souhaitable de négocier une hausse des revenus des médecins en formation contre une baisse des dépassements d'honoraires et une contrainte sur la localisation (éventuellement indemnisée par des primes spécifiques). Mais ceci n'est plus applicable aux générations qui viennent d'achever leurs études. Dès lors la seule voie est certainement celle d'une forte revalorisation des tarifs des actes (ou des forfaits si, comme cela serait souhaitable, les revenus des médecins sont de moins en moins

10. Le passage aux 35 heures correspond à une baisse de 11 % du nombre d'heures disponibles. L'augmentation des effectifs est environ 2 fois plus importante que celle qui aurait juste compensé la baisse du temps de travail sans aucun gain de productivité.

11. La Loi HPST (Hôpital-Patients-Santé-Territoires) de juillet 2009 a instauré un « contrat d'engagement de service public » qui propose aux étudiants en médecine, à partir de la deuxième année, et aux internes un complément de revenu de 1 200 euros par mois contre l'engagement de s'installer en zone prioritaire pour une durée au moins égale à celle de la perception de l'aide et au minimum de 2 ans. 400 contrats ont été proposés en 2010-2011 (200 pour les étudiants et 200 pour les internes) mais seuls 148 ont été signés (103 étudiants et 45 internes), ce qui est évidemment très faible et très insuffisant au regard des problèmes à venir d'implantation des médecins en zones difficiles.

calculés en fonction des actes et de plus en fonction de la taille de leur patientèle¹²) en contrepartie de l'acceptation d'une contrainte de localisation (indemnisée) et d'une réduction des dépassements d'honoraires. Cette évolution constituerait une charge supplémentaire pour l'Assurance maladie, qui pourrait être gagée au moins partiellement par le développement des bonnes pratiques. D'autre part la hausse de la rémunération individuelle des médecins sera pendant quelques années partiellement compensée par la réduction de leur nombre.

Les contraintes de file d'attente devraient aussi favoriser un meilleur partage de l'activité entre les médecins et un certain nombre de techniciens de santé qui peuvent les assister et les suppléer dans certains cas (comme cela commence à se faire en matière d'optique correctrice). Tous ces changements – fin de la liberté absolue d'installation, réglementation plus stricte des dépassements d'honoraires, partage de l'activité médicale avec des professions paramédicales, développement du travail de groupe – sont donc envisageables mais ils impliquent une importante remise en cause des compromis anciens entre l'État et les médecins. La difficulté principale est ici de nature socio-politique. Pour la surmonter il faut aussi accepter des compensations financières pour les médecins, ce qui sera difficile dans un contexte de rationnement général.

Le deuxième grand dossier de la réforme du système de soins concerne la prise en charge des dépenses et le partage entre assurance publique et organismes privés (mutuelles, instituts de prévoyance et assureurs). Actuellement la prise en charge par la Sécurité sociale évolue différemment selon la gravité de la maladie : les soins de longue durée, qui correspondent à des affections de gravité élevée, sont pris en charge à 100 % alors que les remboursements des soins courants ont tendances à diminuer du fait de l'introduction et de la hausse de forfaits divers non remboursés. S'ajoute à cette évolution structurelle la hausse des dépassements d'honoraires non remboursés qui réduisent également la part des dépenses financée par la Sécurité sociale. Il en résulte que la prise en charge des soins courants par l'assurance maladie est limitée à 56,2 % alors que le taux de remboursement des malades atteints d'affections de longue durée (ALD) est de 84,8 % pour les soins de ville¹³. Cette situation a de multiples conséquences fâcheuses : comme on l'a vu, elle peut entraîner un renoncement à certains soins courants avec des conséquences négatives sur la prévention des affections plus graves ; elle renchérit le coût des assurances complémentaires qui paradoxalement sont taxées pour alimenter l'assurance obligatoire au motif de la forte prise en charge publique des ALD. Enfin elle donne à la définition du champ des ALD un rôle central alors qu'il n'est pas très facile à délimiter puisqu'il faut mêler la mesure du « degré » de gravité et celle du coût des traitements pour définir la liste des affections ouvrant droit à un remboursement complet. La question des affections multiples et de leur prise en charge simultanée par l'assurance maladie au titre des soins courants ou des ALD constituant d'autre part un casse-tête bureaucratique générateur d'incertitude et de dépenses de gestion et de contrôle peu utiles. C'est pourquoi certains proposent de

12. Depuis 2010 l'Assurance maladie a mis en place un « Contrats d'amélioration des pratiques individuelles » (CAPI) qui accorde une rémunération forfaitaire pouvant atteindre 7 000 euros par an aux médecins qui acceptent de respecter certaines règles de pratique de soins et de prévention. Ce dispositif introduit une forme de rémunération à la performance distincte de la rémunération des actes qui s'ajoute à celle, très partielle, liée à la gestion des malades en affection de longue durée (ALD) par les médecins « traitants » (40 euros par an et par patient).

13. En 2008. Il s'agit d'un taux de prise en charge hors optique. Avec l'optique le taux de prise en charge par l'assurance maladie tombe à 51,3 % (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, décembre 2011).

remplacer le système des ALD par la mise en place d'un bouclier sanitaire qui permettrait la prise en charge à 100 % de l'ensemble des dépenses dépassant un certain seuil annuel (Bras *et al.*, 2007). Au-delà d'un certain seuil de dépenses non remboursées (correspondant par exemple au niveau actuel du « reste à charge » moyen après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, soit environ 500 euros par an en 2008¹⁴), la prise en charge par la Sécurité sociale deviendrait intégrale. Un tel système assurerait mécaniquement la prise en charge des dépenses les plus lourdes associées aux maladies graves et coûteuses sans nécessiter le détour actuel par les ALD. On peut aussi imaginer moduler le seuil de dépenses non remboursées en fonction du revenu (Briet et Fragonard, 2007) ou le taux de remboursement ou les deux. Cette possibilité est généralement évoquée pour limiter la hausse des dépenses remboursées. Elle pose la question habituelle du soutien des plus favorisés aux assurances sociales alors qu'ils auraient intérêt à se rallier à la mutualisation du risque santé dans le cadre d'assurances privées à cotisations proportionnelles aux risques plutôt qu'aux revenus. La mise en place d'un système de bouclier sanitaire pose aussi la question du rôle des assurances complémentaires. Historiquement ces assurances « complétaient » la couverture publique par la prise en charge de dépenses écartées totalement ou quasi intégralement, du panier de soins remboursés par l'assurance de base (appareils dentaires, montures de lunettes, optique sophistiquée, chambres seules à l'hôpital, etc.). Elles interviennent aujourd'hui de plus en plus comme des assurances « supplémentaires » qui viennent compléter l'assurance publique pour le remboursement de l'ensemble des dépenses de santé (prise en charge du ticket modérateur, remboursement partiel des dépassements d'honoraires). Le passage à un système de bouclier sanitaire limiterait leur champ d'action au remboursement des dépenses en d   du seuil. On imagine souvent que les assurances complémentaires, si elles sortaient de leur rôle actuel de co-payeur aveugle des dépenses de soins, pourraient jouer un rôle actif de promotion de la prévention en proposant par exemple une modulation des cotisations en fonction des comportements des assur s¹⁵. Mais quel serait leur intérêt si le bouclier venait limiter leur engagement au-delà du seuil non pris en charge par l'assurance publique ? Même dans le cas du maintien d'un « reste à charge » non négligeable au-delà du seuil du fait des dépassements d'honoraires par exemple, elles resteraient certainement relativement passives et la situation serait peu modifiée par rapport à celle d'aujourd'hui qui les écarte de l'essentiel de la prise en charge des maladies graves et coûteuses. Dès lors un système dans lequel l'assurance publique assure seule la prise en charge d'un panier de soins clairement délimités est sans doute préférable : il faudrait pour cela que le bouclier sanitaire soit croissant avec le revenu, les ménages les plus pauvres étant pris en charge à 100 % au premier euro. Si les ménages aisés décidaient de s'auto-assurer pour les dépenses en d   du seuil (ce qui est vraisemblable si celui-ci est inférieur à 1 000 euros par an), les complémentaires pourraient se retirer pratiquement intégralement du champ des remboursements des dépenses de soins courants. Par contre, elles pourraient se consacrer à la prise en charge des dépenses hors champ de

14. HCAAM, 2011 (*op.cit.*)

15. La prise en compte des comportements des assurés n'est pas aisée. Au-delà du recours aux examens préventifs qui peut être relativement facilement mesuré, les autres comportements de prévention sont difficilement vérifiables. Il existe d'autre part un risque, inhérent à l'assurance privée, d'écrémage de la population par les assureurs : pour attirer les « bonnes » clientèles on assure la prise en charge de dépenses caractéristiques des populations à plus faible risque (par exemple le recours aux médecines « douces »), et on rejette celles qui présentent le plus de risque sur la base de questionnaires médicaux détaillés.

l'assurance maladie publique, soit en pratique les dépenses de prothèses dentaire et d'optique correctrice. Dans ces domaines elles pourraient intervenir plus activement qu'aujourd'hui pour structurer l'offre de soins et d'appareillage. Leur rôle de payeur principal dans ces secteurs justifierait qu'on leur délègue la responsabilité de traiter avec les professions concernées. Cette solution impliquerait toutefois qu'un système de prise en charge publique vienne aider les plus pauvres à accéder aux soins non pris en charge par l'assurance publique (sous une forme proche de l'actuelle CMU qui devrait toutefois être étendue et rendue plus progressive). Il n'existe donc pas de solution simple à la question de l'articulation entre assurance publique et assurance privée complémentaire.

Il est aussi possible d'évoquer la fusion des deux systèmes, en pratique l'absorption du privé par le public, qui aurait l'avantage de simplifier l'ensemble du dispositif mais laisserait sans doute partiellement irrésolue la question de la définition du panier de soins pris en charge. Il est fort probable qu'à la marge du système des assurances complémentaires se réinstallent pour prendre en charge les dépenses annexes non couvertes par le système public du fait de leur caractère jugé non indispensable et de confort. Le remboursement des dépenses de santé doit donc certainement rester mixte, mais il est urgent de reconsidérer la frontière entre privé et public sinon la tendance à privilégier la baisse de la prise en charge publique se renforcera au détriment de la rationalisation du système et de l'équité dans la prise en charge des dépenses de santé. Cette discussion ne devrait pas être contrainte *a priori* par des considérations purement comptables : en 2010, le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires était de 24,9 milliards d'euros soit 1,3 point de Pib. Le transfert de ces dépenses au secteur public, et des cotisations correspondantes qui deviendraient obligatoires, augmenterait donc du même montant le taux de prélèvement obligatoire. Les cotisations « facultatives » aux organismes complémentaires sont de plus en plus considérées comme « obligatoires » par les assurés. Il serait dommage que l'on renonce au débat sur la frontière public-privé du simple fait des comparaisons internationales de taux de prélèvement au sens de l'Ocde qui conduisent à tort à considérer comme systématiquement défavorable une hausse de celui-ci, même s'il en résulte une plus grande efficacité du système de financement des soins.

Enfin, le dernier sujet de préoccupation important à propos du système de santé concerne le financement de l'hôpital. Celui-ci a été fortement perturbé par la mise en place de la T2A depuis 2005. Comme on l'a vu, celle-ci ne s'est pas accompagnée d'une réduction des moyens effectifs des hôpitaux. L'inquiétude semble bien plus résulter des modifications très importantes de comportements qu'implique la prise en compte du coût unitaire des prises en charges qui étaient auparavant masqué par le financement global de chaque hôpital (Moisdon et Pépin, 2010). Cette réforme a renforcé l'importance et le pouvoir des « gestionnaires », ce qui a pu donner le sentiment que les hôpitaux étaient dorénavant assimilés à des entreprises soumises à un impératif de rentabilité. La réalité est plus complexe car la T2A vise moins la « rentabilisation » des hôpitaux que la rationalisation de la répartition des dépenses entre eux en établissant un lien entre leurs recettes et leur activité mesurée par le nombre de patients pris en charge pondéré par le coût moyen des traitements de chacun d'entre eux. Comme on l'a vu, le risque de ce mode de financement est paradoxalement d'inciter à la dépense en contribuant à privilégier la multiplication des traitements et des actes. De fait, le rapport du HCAAM pour 2011 (*op.cit.*) note que la croissance de 2,8 % des dépenses hospitalières tarifées à l'activité en 2010 se décompose en une

hausse de 1,7 % imputable à l'augmentation du nombre de séjours et une hausse de 1,1 % imputable à un « effet structure » lié au déplacement de l'activité vers des prises en charges mieux rémunérées. Cette évolution est inquiétante et pourrait conduire à une remontée des dépenses hospitalières sans autre justification que la nécessité budgétaire. La convergence des tarifs appliqués aux cliniques privés et aux hôpitaux publics et non lucratifs n'est pas une garantie contre cette dérive car les cliniques privées ne sont pas soumises à des incitations différentes. On touche là aux limites de la gestion par la concurrence, fut elle fictive, dont les imperfections sont trop nombreuses pour qu'elle soit le seul moyen de régulation et de gestion. Les hôpitaux publics sont financés sur la base des tarifs de la T2A proportionnellement à leur activité médicale, mais ils reçoivent aussi des crédits forfaitaires destinés à assurer les missions d'intérêt général et de formation qui leur sont confiées. Cette enveloppe de crédit représente environ 14 % de leur budget exécuté en 2010. Elle permet de financer les activités d'enseignement et de recherche des hôpitaux, la participation aux actions de santé publique, ou la prise en charge de populations spécifiques comme les patients en situation de précarité. Contrairement aux remboursements liés à l'application de la tarification, les montants des budgets correspondants sont limitatifs et faciles à modifier. En conséquence la régulation budgétaire s'appuie essentiellement sur la mise en réserve d'une partie de ces crédits et la révision des montants attribués en fonction de l'évolution de l'ensemble de la dépense hospitalière.

Ainsi en 2010 le dépassement en cours d'année de l'objectif de dépenses assigné aux hôpitaux, évalué à 567 millions d'euros, s'est traduit par une réduction de 343 millions du budget affectés aux missions d'intérêt général, soit un ajustement de l'ordre de -4,2 % par rapport au budget initial (HCAAM, 2011). La régulation de la dépense hospitalière a donc tendance à porter sur la part du budget la plus faible qui est aussi la plus facile à maîtriser par les autorités centrales. Il est certes possible de réviser les tarifs de remboursement de la T2A, mais l'impact budgétaire est nécessairement retardé et les objectifs visés plus difficiles à atteindre. Le système de gestion budgétaire des hôpitaux est donc imparfait et il fait courir le double risque d'un dérapage mal contrôlé des dépenses régies par la T2A et d'un assèchement des enveloppes budgétaires qui servent au financement des dépenses qui ne peuvent pas donner lieu à facturation. Il n'y a pas de solution simple à cette difficulté : revenir au système antérieur de budget global pour le financement de la totalité de la dépense ne serait évidemment pas satisfaisant alors que la T2A a permis d'améliorer le lien entre l'activité des hôpitaux et leur financement ; faire peser tous les ajustements budgétaires sur les seules enveloppes de missions générales et d'investissement, surtout dans une période de rigueur, n'est pas plus acceptable. La tendance générale est de limiter le plus possible le champ de l'enveloppe de financement forfaitaire (Jégou, 2011) et d'étendre au maximum celui de la tarification à l'activité. Mais la tarification n'est pas toujours parfaitement adaptée à la prise en charge de pathologies complexes et chroniques. On peut donc se demander si, à l'inverse, la mise en place d'un tarif de remboursement mixte comprenant une part fixe et proportionnelle ne serait pas plus efficace tout en facilitant la régulation d'ensemble du système du fait d'une enveloppe forfaitaire plus large. La partie fixe pourrait être déterminée sur la base de la population couverte (comme c'était le cas dans la modalité ancienne de budget global). Cette évolution aurait aussi l'avantage de faire reculer l'obsession gestionnaire qui semble avoir fortement contribué à dégrader le climat social au sein des hôpitaux.

Références bibliographiques

- Aballea Pierre, Fabienne Bartoli, Laurence Eslous et Isabelle Yeni, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n° RM 2007-054P, avril 2007.
- Albouy V., E. Bretin, N Carnot et M. Deprez, *Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050*, Document de travail de la DGTPE, n° 2009/11, juillet 2009.
- Attal-Toubert, K et M. Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et résultats*, DREES, n° 679, février 2009.
- Bac Catherine et Gérard Cornilleau, « Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970 », *Études et résultats*, Drees, n° 175, 2002.
- Bellamy Vanessa et Anne-Laure Samson, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Les comptes nationaux de la santé 2010*, DREES, 2011.
- Bras Pierre Louis, Etienne Grass et Olivier Obrecht, « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit Social*, n° 658, avril 2007.
- Briet Raoul et Bertrand Fragonard (avec le concours de Pierre-Jean Lancry), [*Rapport de la Mission Bouclier Sanitaire*](#), ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 28 septembre 2007.
- Coldefy Magali, Laure Com-Ruelle et Véronique Lucas-Gabrielli, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Questions d'économie de la santé*, n° 164, avril 2011.
- Cornilleau Gérard, « Quel sera le coût de la santé demain ? », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, (Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville et Didier Tabuteau, eds), Éditions de santé, Sciences-po Les Presses, Paris, 2009.
- Cornilleau Gérard et Thierry Debrand , « Crise et déficit de l'assurance maladie. Faut-il changer de paradigme ? », *Revue de l'OFCE* n° 116, janvier 2011.
- Debrand Thierry et Christine Sorasith, « Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? », *Document de travail de l'IRDES*, n° 32, 2010.
- Delattre Eric, Brigitte Dormont, Marc McClellan et Carine Milcent, « Systèmes de tarification et évolution de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis », *Solidarité Santé*, La Documentation Française, 2002.
- Després Caroline, Paul Dourgnona, Romain Fantin, Florence Jusot , « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n° 169, Octobre 2011.
- Després Caroline, Paul Dourgnona, Romain Fantin, Florence Jusot , « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n° 170, Novembre 2011.
- Département analyse et prévisions de l'OFCE, « [La très grande Récession: Perspectives économiques mises à jour pour les grands pays développés en 2012](#) », *Les notes de l'Ofce*, n° 9, 16 décembre 2011
- Dormont Brigitte et Anne-Laure Samson, « Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France », *Revue Française des Affaires Sociales*, N° 2-3, 2011.
- Dormont B, Oliveira Martins J., Pelgrin F. et Suhrcke M., «Health expenditures, longevity and growth», contribution au colloque «Ageing, health and productivity» organisé par la fondation Rodolfo de Benedetti, Limone Sul Garda (Italie), mai 2007. Disponible sur <http://ssrn.com/abstract=1130315>
- DREES, *Le panorama des établissements de santé - édition 2011*, Collection Etudes et Statistiques, 2011.
- Elbaum, Mireille., *Economie politique de la protection sociale*, Quadridge/PUF, Paris, 2011.

- Evain Franck, « Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 », *Etudes et Résultats*, N° 785, novembre 2011.
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), « L'assurance maladie face à la crise, Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité des soins. », *Rapport annuel 2011*, décembre 2011.
- Jégou Yves, [Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation \(MIGAC\), n° 686, Sénat, Session ordinaire 2010-2011.](#)
- Legal Renaud, Denis Raynaud et Guillaume Vidal, « Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par microsimulation », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, Collection Études et Statistiques, 2010.
- Mathieu Catherine et Henri Sterdyniak, « Finances publiques, sorties de crise... », *Revue de l'OFCE*, n° 116, janvier 2011.
- Moisdon Jean-Claude et Michel Pepin, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements », *Document de travail de la DREES, Série Etudes et Recherches*, n° 97, mai 2010.
- Mougeot Michel, « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », *Annales d'économie et de statistique*, n° 58, 2000.
- Or Zeynep et Thomas Renaud, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », *Document de travail de l'IRDES*, n° 23, mars 2009.
- Pichetti Sylvain, Denis Raynaud et Guillaume Vidal, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », in *Traité d'économie et de gestion de la santé* (P.L Bras éd.), Presses de Sciences Po, Paris, 2009.
- Sicard Daniel, « Les médecins au 1^{er} janvier 2011 », *Document de travail de la DREES, Série statistiques*, n° 157, mai 2011.